

令和 年 月分

後期高齢者医療診療報酬請求書(医科・歯科)

() 後期高齢者医療広域連合 殿 保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

県番号

25

医療機関コード

後期高齢者医療

様式第八

				療養の給付				食事療養・生活療養			
				件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
後期高齢者 (一般・低所得)	請求	入院	1	件	日	点	円	件	回	円	円
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
後期高齢者 (七割)	請求	入院	1								
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								

公費負担医療	請求	入院	1	件	日	点	円	件	回	円	円
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
	請求	入院	1								
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
請求	入院	1									
	入院外	2									
※決定	入院	1									
	入院外	2									

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
 2. ※印の欄は、記入しないでください。
 3. 公費が4種類を超え、公費負担医療欄に記載できない場合は請求書を複数枚に分けてください。
 4. 福祉医療については、公費負担医療欄に再掲し、福祉医療費助成番号毎に合計の上、記載してください。
 5. 被爆者の場合は公費負担医療欄に19と記載し、件数、日数、点数を記載してください。